

**BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.**

**P.O. Box 1058  
Somerville, NJ 08876  
Teléfono: (800) 736-0003  
Fax: (800) 736-1611**

Estimado solicitante:

Gracias por su interés en el Programa de Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF). Adjunto encontrará el formulario de solicitud que pidió.

Para participar en nuestro programa, es importante que complete toda la información solicitada y que firme donde se indica. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

**REQUISITOS PARA EL PACIENTE:**

- ✓ Debe vivir en los E.E.U.U., Puerto Rico o las Islas Virgenes de los E.E.U.U. y usted no debe tener una cobertura para medicamentos recetados, como por ejemplo: Medicaid o Medicare Parte D.
- ✓ Complete y firme la sección de Información del paciente.
- ✓ Adjunte una fotocopia del ingreso ANUAL del hogar. [Formulario de declaración de impuestos federal (1040), ingreso de seguro social (SSA 1099), pensiones, intereses, jubilación, manutención de menores. Si no tiene ningún ingreso (cero), sírvase proporcionar una carta verificando su estado de ingresos de parte de su proveedor de atención médica, refugio o defensor del paciente].

**REQUISITOS PARA LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS:**

Para el año 2010, basándose en el tamaño del hogar, el ingreso del paciente no debe superar los criterios de ingresos que se detallan a continuación:

<b>Tamaño del grupo familiar</b>	<b>48 estados contiguos y D.C.</b>	<b>Alaska</b>	<b>Hawai</b>
<b>1</b>	<b>\$27,075</b>	<b>\$33,825</b>	<b>\$31,150</b>
<b>2</b>	<b>\$36,425</b>	<b>\$45,525</b>	<b>\$41,900</b>
<b>3</b>	<b>\$45,775</b>	<b>\$57,225</b>	<b>\$52,650</b>
<b>4</b>	<b>\$55,125</b>	<b>\$68,925</b>	<b>\$63,400</b>
<b>5</b>	<b>\$64,475</b>	<b>\$80,625</b>	<b>\$74,150</b>
<b>Por cada persona adicional, sume</b>	<b>\$9,350</b>	<b>\$11,700</b>	<b>\$10,750</b>

**REQUISITOS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:**

- ✓ Complete y firme la sección de Información del proveedor de atención médica. No es necesario incluir una receta.
- ✓ **Proporcione su número de licencia estatal a fin de procesar la solicitud.**
- ✓ Complete la sección de las instrucciones de receta; incluido el nombre del fármaco, la dosis farmacéutica y la cantidad por día.
- ✓ Detalle una dirección de envío para la dirección física de su consultorio. No se puede enviar a la casa del paciente ni a una casilla postal.
- ✓ Complete TODA la solicitud. Cuando solicite un cambio de dosis para un paciente existente, indique “Sí” en la parte “cambio en el plan de administración” de la solicitud y proporcione la nuevas instrucciones recetadas.

**PRESENTE LAS SOLICITUDES COMPLETADAS SELECCIONANDO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:**

- ✓ CORREO POSTAL: Bristol-Myers Squibb PAF, Inc.  
P.O. Box 1058  
Somerville, NJ 08876
- ✓ FAX: 1-800-736-1611 (Por favor, NO envíe fax varias presentaciones de la solicitud).

Se le notificará por correo postal una vez que completemos nuestra revisión y evaluación. Tenga en cuenta que las reglas del programa están sujetas a cambio sin previo aviso. Si tiene alguna pregunta o necesita más ayuda, llame al 1-800-736-0003, entre las 9:00 a.m. y las 6:00 p.m. hora del este, de lunes a viernes.

Atentamente,  
Bristol-Myers Squibb  
Patient Assistance Foundation, Inc.  
Adjunto

**BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.**  
**Programa de Asistencia al Paciente Individual**  
**P.O. Box 1058 | Somerville, NJ 08876 | Teléfono: (800) 736-0003 | Fax: (800) 736-1611**



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE A SER COMPLETADA POR EL PACIENTE O SU TUTOR LEGAL**

Nombre:	Inicial 2º nom.:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	/	/
Dirección donde usted vive:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal (si diferente de la línea arriba):		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de seguro social:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	N.º de teléfono: (    )			

**INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE – ADJUNTE COMPROBANTE DE INGRESO ANUAL DEL HOGAR (OBLIGATORIO)**

**INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR** (incluya todos los ingresos anuales, salarios, seguro social, pensión, discapacidad, intereses ganados en ahorros, etc.) \$ \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar(cantidad de personas que viven en el hogar):	¿Está actualmente inscrito en un Plan de medicamentos recetados de Medicare Parte D? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene cobertura pública o privada para medicamentos recetados (incluidas tarjetas de descuento)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Doy fe de que la información anterior está completa y es precisa. Doy fe de que no tengo ninguna cobertura de seguro de medicamentos, incluido Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado y que no tengo recursos financieros suficientes para pagar el tratamiento recetado. Con mi firma, autorizo la divulgación de información sobre mí y mi afección médica a Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF) y/o sus agentes. Autorizo a BMSPAF y/o sus agentes a usar y divulgar dicha información para que se evalúe mi elegibilidad para la inscripción en BMSPAF y la administración de BMSPAF, lo que puede incluir contactar a mi aseguradora, programas públicos de financiación, trabajadores sociales, organizaciones de defensoría, proveedores de atención médica u otras personas u organismos que BMSPAF pueda considerar pertinentes, para la divulgación de todos mis registros médicos o información solicitada con respecto a mi elegibilidad y a los beneficios bajo el programa. Además, acepto que en cualquier momento mientras esté inscrito, BMSPAF puede solicitar información adicional para autenticar las afirmaciones realizadas en mi solicitud. BMSPAF y/o sus agentes aceptan no divulgar ninguna información a ningún tercero, excepto según esté autorizado por mí o según lo exija la ley. Entiendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa se puede cambiar o interrumpir en cualquier momento sin previo aviso.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA**

Nombre:	Apellido:	Designación profesional:
Número de licencia estatal:		
Nombre del centro de atención:		
Dirección de envío: (los medicamentos no se pueden enviar al paciente ni a una casilla postal)		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del contacto:	Teléfono: (    )	Número de fax: (    )
Dirección postal: (si difiere de la dirección de envío)		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

**DETALLE A CONTINUACIÓN EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO RECETADO**

Nombre del fármaco:	Dosis farmacéutica:	Cantidad por día:
Nombre del fármaco:	Dosis farmacéutica:	Cantidad por día:
¿Es éste un cambio en el plan de administración para un miembro existente de BMSPAF?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Declaro que toda la información que he proporcionado sobre este paciente está completa, es precisa y coherente con las leyes y reglamentaciones de privacidad pertinentes, y entiendo que BMSPAF y/o sus agentes están confiando en esta información. A mi leal saber y entender, este paciente no tiene cobertura de seguro de medicamentos, incluido Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados. Reconozco y acepto no presentar una reclamación de seguro ni ninguna otra reclamación de pago a ningún tercero pagador (privado o del gobierno) por el medicamento. Entiendo que BMSPAF se reserva el derecho de modificar o terminar este programa en cualquier momento. Mi firma certifica que el medicamento recibido de BMSPAF no será revendido ni ofrecido para la venta, comercialización o trueque y no será devuelto para obtener un crédito. Además certifico que no he aceptado ni aceptaré ningún reembolso del costo del producto por ningún tratamiento en el cual el producto me haya sido proporcionado o me será proporcionado sin cargo por BMSPAF, incluido cualquier producto que ya se le haya administrado al paciente y por el cual se me proporcionará un producto de reemplazo. Entiendo que BMSPAF se reserva el derecho de retirar del mercado o discontinuar el producto en cualquier momento sin previo aviso.

Firma del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_